



Carta de Bienvenida - Médico/Dental

Reviewed: 04/2023 - Revised: 11/2024

Bienvenido a NATIVE HEALTH! Nos sentimos honrados de que haya elegido NATIVE HEALTH para el cuidado de usted y su familia. Estamos comprometidos a brindar atención médica de alta calidad que le sirva a usted y a su familia, de parte del Hogar Médico y Dental Centrado en el Paciente de NATIVE HEALTH.

Nuestra misión es brindar atención integral accesible y centrada en el paciente, para empoderar a nuestra comunidad a que logren la más alta calidad de salud y bienestar. En la tradición de nuestra cultura nativa americana, demostramos hospitalidad y respeto hacia cada persona que encontramos. En este momento estamos ofreciendo citas médicas, citas de salud mental y citas dentales de emergencia en persona. También se encuentran disponibles citas telefónicas y virtuales médicas, de salud mental y dentales de emergencia (de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.)

Entendemos que los tiempos han cambiado y por lo tanto, la forma en que normalmente le damos la bienvenida como nuevo paciente es diferente. Por esa razón, si tiene alguna pregunta tras el reviso y firmamento de estos formularios, no dude en comunicarse con CUALQUIERA de las siguientes personas, independientemente del sitio que le gustaría utilizar mientras completa la documentación.:

Brooke Clarke, Médico - **(602) 279-5262, ext. 14017** | bclark@nachci.com

Jose Arturo Lopez-Leon, Médico - **(480) 550-4048, ext. 34014** | jleon@nachci.com

Gina Begay, Servicio de atención al cliente dental - **(602) 279-5262, ext. 14010** | vbegay@nachci.com

Para asegurarse de que el proceso de trámites para pacientes nuevos se desarrolle sin problemas, tómese un momento para revisar esta lista de verificación antes de completar su trámite en línea o devolverlo en persona.

- Imprimió, Inicializo y/o Firmo su nombre en todos los documentos de este paquete donde ve la palabra “cliente”, “paciente”, “tutor” y/o “representante legal” o complete todo el formulario en línea.?
- Por favor solicite COPIAS de cualquier formulario de cual le gustaría copias.
- Se le pedirá que proporcione a la recepción una copia de su identificación, identificación tribal (si es aplicable), documentación judicial y/o legal o papeleo de tutela y su tarjeta de seguro o AHCCCS (según corresponda).

Una vez más, bienvenido a NATIVE HEALTH. ¡Esperamos trabajar usted!

Sinceramente,

NATIVE HEALTH

Las copias impresas de lo siguiente están disponibles en la recepción en cualquier lugar de NATIVE HEALTH.



Derechos y responsabilidades del paciente



Aviso de Prácticas de Privacidad



La guía a su hogar médico/dental



Aviso de no discriminación



Formulario de Registro de Paciente Nuevo

Reviewed: 07/2021 / Revised: 06/2023
(1 de 4)

Nombre: _____ Apellido: _____

¿Con qué pronombre prefiere que le llamen?: Ella Él Ellos Zie/Hir Otro: _____

Si el paciente es menor de edad (menores de 18 años), complete a continuación: Los tutores deben proporcionar los documentos de respaldo.

Nombre del padre/tutor: _____ Relación con el menor: Madre Padre Guardián

Sexo al nacer: Femenino Masculino Fecha de nacimiento: _____

Proveedor Preferido de NATIVE HEALTH: _____

Preferencia de contacto: Teléfono primario Teléfono secundario Correo electrónico Mensaje de texto

NATIVE HEALTH no puede garantizar la seguridad de los mensajes enviados por correo electrónico o texto y, al poner sus iniciales aquí, acepta el uso de correo electrónico o texto, incluso con el riesgo de que los mensajes puedan ser interceptados y leídos por un tercero. _____ (inicial). Tiene derecho a solicitar en cualquier momento que Native Health se comunique con usted utilizando medios alternativos o ubicaciones alternativas. Solicite ayuda si está interesado en cambiar sus preferencias de contacto..

Nombre del contacto de emergencia: _____ Relación : _____

De teléfono de contacto de emergencia: _____

¿Podemos llamar al contacto de emergencia para recordatorios de citas? Sí No **Información demográfica**

Algunas de las siguientes preguntas pueden resultarle incómodas para responder; sin embargo, su respuesta honesta a las siguientes preguntas ayudará a NATIVE HEALTH a brindarle los mejores servicios como individuo y nos ayudará a calificar para los recursos que respaldan los servicios que brindamos.

Etnicidad: No Hispano/Latino Mexicano/Mexicano Americano/Chicano Puertorriqueño Cubano Otro hispano
 Declinar de Especificar Origen Hispano o Latino

Raza Indio asiático Chino Filipino Japonés Coreano Vietnamita Otro Asiático Nativo Hawaiano
 Guameña o Chamorro Samoano Otro Isleño del Pacífico Negro/Afroamericano Indio Americano Nativo de Alaska
 Blanco Elija no revelar la raza Otro

Lenguaje Primario: Inglés Español Otro

Estado Civil: Casado Soltero Divorciado Viudo Separado Pareja

Orientación Sexual: Lesbiana/Gay/Homosexual Bisexual Heterosexual/Heterosexual No quiero revelar
 No sé / Cuestionando Algo más/otro Otro

Identidad de Género: Masculino Femenino Transgénero: Hombre Transgénero: Mujer Optar por no divulgar Otro

Veterano: Sí No



Formulario de Registro de Paciente Nuevo

Reviewed: 07/2021 / Revised: 06/2023
(3 de 4)

Citas Perdida/Cancelaciones Finales

Es muy importante que cumpla con todas las citas programadas. Si no puede asistir a una cita, debe notificarnos lo antes posible, al menos 24 horas antes de las 2:00 p. M. Del día anterior a su cita, para que podamos usar esos horarios de cita para otros pacientes. Tres citas perdidas resultarán en un estado de cita de reserva y pueden dar lugar a un despido de nuestra clínica al menos que hayan circunstancias especiales (ej. Una crisis de salud, epidemia, o una pandemia global).

Consentimiento para Filmar, Fotografar y Grabar

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para filmar, grabar o fotografiarme con fines de identificación, tratamiento y para las operaciones internas de NATIVE HEALTH, como la mejora de la calidad y la educación de estudiantes y profesionales. Entiendo que no recibiré ninguna compensación por tales películas, grabaciones o fotografías.

Consentimiento para Tratamiento y Acuerdo de Responsabilidad Financiera

Al firmar a continuación, autorizo y doy mi consentimiento para toda la atención y el tratamiento proporcionado por NATIVE HEALTH sus proveedores de atención médica afiliados, que pueden incluir estudiantes, residentes, voluntarios y otros aprendices. A través de este consentimiento, autorizo toda la atención, incluida la atención médica, la atención dental, los exámenes radiológicos y de diagnóstico, los procedimientos y pruebas de laboratorio y los servicios de atención médica general y de salud conductual solicitados u ordenados por mi proveedor de atención médica. Entiendo que puedo rechazar los servicios de un estudiante, residente o aprendiz.

Autorizo a NATIVE HEALTH a presentar reclamaciones por los servicios prestados a mi (s) asegurador (es) de salud, incluyendo Medicare, Medicaid u otra compañía de seguros, y asignar los beneficios pagaderos por mis servicios a NATIVE HEALTH. Entiendo que, a menos que esté cubierto por una aseguradora, incluyendo los programas de atención médica federales y estatales, soy responsable y estoy de acuerdo en pagar todos los montos no pagados por mi (s) asegurador (es), incluyendo los montos de coaseguro y / o deducibles aplicables. Si mi aseguradora me paga directamente por los servicios prestados por NATIVE HEALTH proporcionaré a NATIVE HEALTH copias de la "Explicación de beneficios" de la aseguradora y enviaré todos los pagos recibidos de mi aseguradora a NATIVE HEALTH inmediatamente después de recibirlo.

Al firmar a continuación, acepto que toda la información que he proporcionado anteriormente es verdadera y precisa según mi leal saber y entender, que he leído y entendido este formulario y que todas mis preguntas han sido formuladas y respondidas. Se me ha proporcionado una copia de los "Derechos y responsabilidades del paciente" de NATIVE HEALTH y reconozco que tengo la responsabilidad de participar en mi atención. Estoy firmando este formulario de consentimiento voluntaria y voluntariamente..

Firma del Paciente / Representante legal: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Apellido: _____

Para MENORES de edad:

Firma del Padre/Tutor del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del Padre/Tutor del paciente: _____ Apellido: _____

En el caso de tutores y representantes legales, proporcione los documentos de respaldo que demuestren que es el tutor / representante legal del paciente.

Nombre completo del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Genero: Masculino Masculina

Historia Medica

Nombre del medico: _____ Número de teléfono: _____

Dirección del médico: _____ ¿Cuándo fue tu último examen físico? _____

¿Están sus vacunas al día? Sí No

¿Estás bajo el cuidado de un médico? Sí No

¿Está tomando algún medicamento/fármaco/píldora que incluya medicamentos de venta libre y suplementos dietéticos?

Sí No

En caso afirmativo, entra todos los medicamentos/fármacos/píldoras, incluidos los medicamentos de venta libre y los suplementos dietéticos:

Nombre del medicamento:	la cantidad utilizada:	Con qué frecuencia:

¿Ha realizado una prueba de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia o prueba de heces)? Sí No

If yes, approximate date and type: _____

¿Eres sensible o alérgico al látex? (como picazón, sarpullido o sibilancias después de usar guantes de látex o manipular un globo)?

Sí No

¿Es alérgico o tiene una reacción adversa a alguno de los siguientes?

Ninguno Penicilina Codeína Anestesia local medicina aspina Otro antibiótico Otro

En caso afirmativo, describa la reacción: _____

¿Tienes alguna alergia? Esto incluye alimentación, medio ambiente, etc? Sí No Inseguro

Entra cualquier alergia conocida y la reacción:

Medicamentos, alimentos, ambientales, etc.:	Síntomas de reacción (sarpullido, hinchazón, etc.):	Gravedad (leve, moderada o grave)

¿Alguna vez ha tenido alguna reacción inusual durante un procedimiento quirúrgico? Sí No

¿Ha tenido alguna otra enfermedad grave, hospitalización o accidente? Sí No

Tiene o ha tenido alguno de los siguientes: (Sí o No)

Presión arterial anormal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desmayos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Adicción al alcohol	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sangrado prolongado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Personas con discapacidad auditiva	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Implantes protésicos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anorexia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad cardíaca/cirugía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Atención Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artritis/Reumatismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Radioterapia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Válvula de corazón artificial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Creadora de ritmo cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Drogas recreativas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Articulación Artificial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hemofilia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Eliminación de Bazo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Bulimia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	VIH positivo/SIDA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad cardíaca remática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de Riñon	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anemia Drepanocítica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dependencia química	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Discapacidad de Aprendizaje	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problema Sinusal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del Hígado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ataque	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cardiopatía Congénita	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad Pulmonar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas Tiroideos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Medicina de Cortisona	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desórdenes Neurológicos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tumores	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trasplante de organo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Úlceras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Enfermedad Venérea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Ha consumido tabaco? Sí No

¿Ha consumido productos de tabaco en los últimos 30 días? Sí No

¿Utiliza actualmente los siguientes productos de tabaco? Cigarrillo Cigarrillo electrónico Cigarro Tubo Ninguno

¿Utiliza actualmente los siguientes productos de tabaco para no fumadores? Mastica Sin humo Rapé Ninguno

¿Toma bebidas alcohólicas? Sí No

En caso afirmativo, tipos de alcohol: Cerveza Cerveza y Licor Vino
 Cerveza y vino, ginebra, licor fuerte, ron, whisky escocés, vodka, whisky

Frecuencia: A diario Semanalmente Mensual Anual Ocasionalmente Casi nunca Socialmente

Cantidad: 1 cerveza 1 bebida 1 quinto 1 vaso 1 pinta 2 cervezas... etc a > 5 vasos 6 paquete de cerveza, 8 oz

Last drink: El mes pasado Anoche La semana pasada Hace un año Hoy Hace dos semanas Ayer

¿Cuántas veces en el último año ha bebido 4 o más tragos en un día? _____

¿Bebe/consume cafeína? Sí No

Tipos de cafeína: Chocolate Café Bebidas Energizantes Soda Tabletas Té

Cafeína por día: 1 taza 2 tazas 6 tazas 8 oz 32 oz

¿Usa marihuana? Sí No ¿Utiliza otras sustancias? Sí No

¿Tiene alguna inquietud dental? Sí No (NATIVE HEALTH STAFF: If yes, contact Dental Department)



Solicitud de Comunicación de Información Médica por Medios o Ubicaciones Confidenciales o Alternativos

Reviewed: 08/2021 / Revised: 08/2023

(1 of 2)

NATIVE HEALTH se compromete a mantener la confidencialidad de su información médica y a permitirle elegir cómo nos comunicamos con usted.

Si no desea que NATIVE HEALTH se comunique con usted mediante la información de contacto que proporcionó en su formulario de registro, puede designar un método o ubicación preferido para que NATIVE HEALTH se comunique con usted completando este formulario.

Dirección alternativa para enviar correo

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado / Provincia: _____ Código Postal: _____

Número(s) de teléfono alternativo(s): _____

Número(s) de teléfono alternativo(s): _____

Podemos dejar un mensaje de voz Podemos enviar un mensaje de texto

Correo electrónico alternativo: _____
: _____

Al firmar a continuación, usted acepta que NATIVE HEALTH se comunique con usted utilizando la (s) dirección (es) y el (los) número (s) de teléfono identificados anteriormente y no utilizando la información que proporcionó durante su registro. También comprende que NATIVE HEALTH no puede garantizar la seguridad de los mensajes enviados por correo electrónico y que existe el riesgo de que se intercepte el correo electrónico que no esté cifrado. Usted comprende que puede cambiar sus preferencias de contacto notificando a NATIVE HEALTH por escrito.

Firma del paciente / representante legal: _____ Fecha: _____

Primer Nombre (con letra de molde): _____

Autoridad para actuar si está firmado por un representante legal: Si No

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA A FAMILIARES Y AMIGOS

Si desea que NATIVE HEALTH pueda hablar sobre su información médica con algún familiar o amigo cercano, identifique a esas personas por su nombre y su relación con usted:

Primer Nombre (con letra de molde): _____

Primer Nombre (con letra de molde): _____ Relación con la paciente: _____

Primer Nombre (con letra de molde): _____ Relación con la paciente: _____

Primer Nombre (con letra de molde): _____ Relación con la paciente: _____

Firma del paciente / representante legal



Solicitud de Comunicación de Información Médica por Medios o Ubicaciones Confidenciales o Alternativos

Reviewed: 08/2021 / Revised: 08/2023

(2 of 2)

Primer Nombre (con letra de molde): _____

Correo electrónico(es): _____ Date: _____

Autoridad para actuar si está firmado por un representante legal: Si No

CONSENTIMIENTO PARA COMUNICARSE POR CORREO ELECTRÓNICO O MENSAJES DE TEXTO

NATIVE HEALTH, sus pacientes y sus representantes a menudo encuentran conveniente comunicarse por correo electrónico o mensajes de texto. Dichas comunicaciones pueden incluir, pero no se limitan a, recordatorios de citas, proporcionar resultados de pruebas, información sobre servicios disponibles, solicitudes de encuestas de clientes, marketing de bienes y servicios y otros avisos importantes relacionados con NATIVE HEALTH.

Debido a que el correo electrónico y los mensajes de texto no son métodos seguros de comunicación, existe cierto nivel de riesgo de que un tercero pueda leer el correo electrónico o el mensaje de texto y NATIVE HEALTH no puede garantizar la confidencialidad de la información que le envía o que usted envía, a NATIVE HEALTH por correo electrónico o mensajes de texto.

Al firmar a continuación, usted autoriza y acepta: que NATIVE HEALTH le envíe correos electrónicos o mensajes de texto a la (s) siguiente (s) dirección (es) / número (s) o a otras direcciones o números que haya proporcionado a NATIVE HEALTH o que pueda proporcionar en el futuro; y que dichas llamadas o mensajes pueden enviarse utilizando un sistema de marcación telefónica automática o voz pregrabada o artificial:

Primer Nombre (con letra de molde): _____

Escriba sus iniciales aquí si está dispuesto a recibir mensajes promocionales o de marketing de Native Health en los números de teléfono y / o direcciones de correo electrónico anteriores.

Inicial: _____

No es necesario que acepte aceptar llamadas o mensajes de NATIVE HEALTH como condición para recibir los servicios.

Tenga en cuenta que nunca debe comunicarse por correo electrónico o mensaje de texto con NATIVE HEALTH sobre cualquier asunto que sea urgente o si tiene una emergencia. Llame directamente a NATIVE HEALTH O, EN CASO DE EMERGENCIA, LLAME AL 9-1-1.

He leído y entiendo este Consentimiento para comunicarme por correo electrónico o mensajes de texto y doy mi consentimiento para que NATIVE HEALTH se comunique conmigo como se describe anteriormente.

Firma del paciente / representante legal

Primer Nombre (con letra de molde): _____ Fecha: _____



Acuerdo de Tratamiento/Pago - Medico

Reviewed: 10/2020 / Revised: 11/2024
(1 of 1)

Solicito a NATIVE HEALTH que me brinde a mí y/o a mi familia atención médica, dental o de salud conductual. Reconozco mis responsabilidades de pagar la cuota por los servicios de atención medico recibidos de acuerdo con las tarifas establecidas. Además, autorizo la asignación de seguros / beneficios para servicios médicos, dentales o de salud mental que se pagarán a NATIVE HEALTH. Al firmar a continuación, también reconozco que he recibido una copia y una explicación de la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico.

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, DIGO QUE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA DURANTE EL REGISTRO ES VERDADERA, A MI MEJOR CONOCIMIENTO.

Además, entiendo que soy responsable del pago de cualquier servicio que solicite para mí o para mi familia que no esté cubierto por mi paquete de seguro / beneficios o que no tenga seguro médico.

NATIVE HEALTH se reserva el derecho de cobrar cualquier cantidad impagada.

FIRMANDO ESTE ACUERDO, DOY FE DE QUE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA DURANTE EL REGISTRO ES VERDADERA QUE YO SEPA.

Firma: _____

Nombre: _____

PARA MENORES (menores de 18 años)

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre de pila: _____ Apellido: _____

Firma del representante de recepción: _____